

влечением органов зрения и черепа, почек, легких пациентке был назначен курс генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) препаратом Ритуксимаб (длительность терапии 1 год, в дозе 500 мг, 4 инфузии), на фоне которой отмечался положительный эффект, спустя 6 месяцев наступила ремиссия.

Выводы. Своевременная дифференциальная диагностика заболеваний легких при отсутствии положительной динамики на фоне антибактериальной терапии и наличии инфильтративных теней должна обязательно включать не только обследование на туберкулез, онкопатологию, системные заболевания и системные васкулиты. Данный клинический случай продемонстрировал сложности дифференциальной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименко С.В. Гранулематоз Вегенера на современном этапе: варианты течения, прогноз /С.В. Клименко, О.Г. Кривошеев // Врач. – 2005. - №12. – С.46-72.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВНОЙ АРТРОПАТИИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

Сиротко О. В., Сиротко В. В.

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
Витебск, Беларусь*

Актуальность. В практическом здравоохранении диагностика реактивной артропатии (РеА) имеет определенные сложности, особенно на ранней стадии, которые обусловлены тем, что наиболее доступным и распространенным для исследования суставов является рентгенологический метод (Rg). Существуют данные о том, что изменения, которые обнаруживаются на Rg-грамме пораженных суставов при РеА не являются специфичными, могут выявляться при других заболеваниях суставов.

Цель. Изучение особенностей поражений суставов у пациентов с реактивным артритом с применением МРТ и УЗИ суставов, определение их информативности.

Методы исследования. В исследование было включено 2 группы пациентов. Первая группа - 56 пациентов с РеА (30 (55,6%) пациентов с острым РеА и 26 (44,4%) пациентов с хроническим РеА), вторая контрольная группа (КГ) из 30 лиц. В первой группе женщины составили 26 человек (46,4%), мужчины - 30 человек (53,6%). Медиана возраста пациентов - 34 года (31-42). Медиана длительности течения РеА -1 год (0,3-3,25). Все пациенты с РеА имели подтвержденную урогенитальную хламидийную инфекцию. Среди 2 группы было 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%). Медиана возраста составила 38,5 лет (33-48). Всем пациентам выполнялось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включая МРТ и УЗИ суставов. В исследовании использовали стандартный пакет SPSS 6.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение. При выполнении МРТ пораженных суставов четко визуализировались пораженные энтезы, наличие под ними локального остеоита и эрозивного дефекта замыкательной пластины кости. Поражение энтезов встречалось в виде следующих структурных изменений: утолщение, разволокнение, появления участков пониженной и повышенной плотности, микроразрывы (дефекты) волокон. В ходе проведения УЗИ суставов у пациентов с РеА визуализировались воспалительно-деструктивные эрозии с остеоитом и локальным остеолитом замыкательной пластины кости в местах инсерции пораженного энтеза, а энтезит визуализировался как отечная, неоднородная ткань более 1,5 мм толщиной и встречался во всех пораженных суставах (100%). У пациентов в острой стадии заболевания воспаленный энтез имел пониженную экзогенность за счет острого воспаления с анэхогенными участками - микронадрывы. У пациентов с хронической стадией артрита в энтезе выявлялись повышенной экзогенности кальцинаты (энтезофиты). Сам пораженный энтез при хроническом РеА имел меньшую толщину, чем при остром РеА. Суставная поверхность костей в местах фиксации синовия была с четким гиперэхогенным, ровным контуром, а синовиальная оболочка без очагового утолщения и признаков неангиогенеза. Также у пациентов с РеА выявлялась гипозохогенность, неоднородность, увеличение объема параэнтезиальных мягких тканей в виде параэнтезиального отека и теносиновита; присутствие выраженной расширенной гипо- или анэхогенной зоны в полости сустава – выраженный синовит; параэнтезиальный выпот.

При сопоставлении результатов Rg-графии, МРТ и УЗИ суставов была определена чувствительность, специфичность, доля истинных результатов Rg и УЗИ в диагностике эрозивных поражений суставов при РеА относительно «золотого стандарта» (МРТ) методом 4-ех полевой таблицы Флетчера. Чувствительность УЗИ в диагностике эрозивных поражений составила 93%, а при Rg-графии - 42%; специфичность УЗИ в диагностике эрозивных поражений - 91%, а при Rg-графии - 90%. Доля истинных результатов при УЗИ суставов составила 91,5%, а при Rg-графии – 57%.

Выводы. Ультразвуковая диагностика РеА по информативности не уступает магнитно-резонансной томографии и превосходит стандартную рентгенографию. Основной ультразвуковой признак РеА - энтезит с остеоитом (100%). Эрозивное поражение у пациентов с РеА при УЗИ суставов характеризуется формированием истинной эрозии воспаления без патологической васкуляризации в проекции синовия. Дополнительными ультразвуковыми признаками РеА являются: выраженный синовит, параэнтезиальный отек мягких тканей, параэнтезиальный выпот, теносиновит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nasonov, E.L. Rheumatology: national guidelines / Edited by E.L. Nasonov, V.A. Nasonovoi. – М.: GEOTAR-MEDIA, - 2010. – 720 page.